CRISE D'ASTHME

F.ADILA
Service De Pneumologie HCA

Destiné aux étudiants de 4éme année de médecine

Objectifs

- Reconnaitre la crise d'asthme

- Evaluer sa sévérité

- Traiter et prévenir la crise d'asthme


PLAN

1- Définitions :

- **La crise d'asthme est un épisode d'accès paroxystique de la dyspnée de durée brève ≤ 1jour lié à une obstruction des voies aériennes.**

- **Dés que les symptômes dépassent le cadre temporel de la crise au-delà de 24 à 48H on parle d'exacerbation.**

2- Intérêt de la question

- La crise d'asthme est un motif fréquent de recours aux urgences.
- Diagnostic parfois difficile
- Maladie bénigne mais pouvant cependant mettre en jeu le pronostic vital.
- La prévention ++++++

3- Diagnostic positif

Signes cliniques:

- Symptômes de courte durée de quelques minutes à quelques heures, qui sont inhabituels rapidement intenses confinant à l'asphyxie et engagent le pronostic vital :
- Dyspnée,
- Sibilants,
- Signes de détresse respiratoire.

Signes fonctionnels : effondrement du DEP

NB: attention aux pathologies avec dyspnée sifflante « OAP, exacerbation de BPCO…………….. »

4- Evaluation de la sévérité de la crise

liée à l'importance de l'obstruction des VA:

1) Clinique
2) Fonctionnel : DEP critère le plus objectif de la sévérité
3) Gazométrique

Cette évaluation se fait dés l'arrivée du malade aux urgences et surtout 10 – 15 mn après prise de bronchodilatateurs (B2 mimétiques)

2 critères cliniques + 1 critère fonctionnel classe la crise dans la Catégorie la plus élevée de sévérité .

paramètre	légère	modérée	sévère	Arrêt resp. imminent
Difficultés respiratoires	En marchant peut s'allonger	En parlant préfère être assis	Au repos est penché en avant	
expression orale vigilance	Conversation peut être agité	Phrases généralement agité	Mots généralement agité	Somnolent ou confus
Fréquence respiratoire	Augmentée (inférieur à 25Mvt/mn)	Augmentée (entre 25 et 30Mvt/mn)	Souvent sup. 30Mvt/min	
Contraction muscles accessoires et tirage sus sternal	non	oui habituellement	Oui habituellement	Mouvements thoraco-abdominaux paradoxaux
sibilants	Modérés en fin d'expiration	bruyants	bruyants	absence de sibilants
pulsation/minute	<100	100 à 120	> 120	bradycardie
DEP après broncho-dilatateur initial	Sup. à 80%	60 à 80%	<60%	
PaO2 et/ou	Normal <45mmHg	>à60mmHg <45mmHg	<60 cyanose possible >45mmHg	
SaO2	>95%	91 à 95 %	<90%	

L' interrogatoire recherchera un facteur de « haut risque d'asthme aigue grave »

1) Une corticothérapie par voie générale en cours ou sevrage récent.
2) Une hospitalisation ou recours multiples aux urgences durant l'année précédente.
3) Une intubation antérieure pour asthme.
4) Une affection psychiatrique récente.

5- TRAITEMENT :

la recherche d'un facteur déclenchant de la crise d'asthme se fait parallèlement à son évaluation :

1) Une surinfection bronchique.
2) Un pneumothorax.
3) Une exposition massive à un allergène.
4) Un stress important ou une forte émotion.
5) Un changement climatique.
6) Une élévation du niveau de pollution.

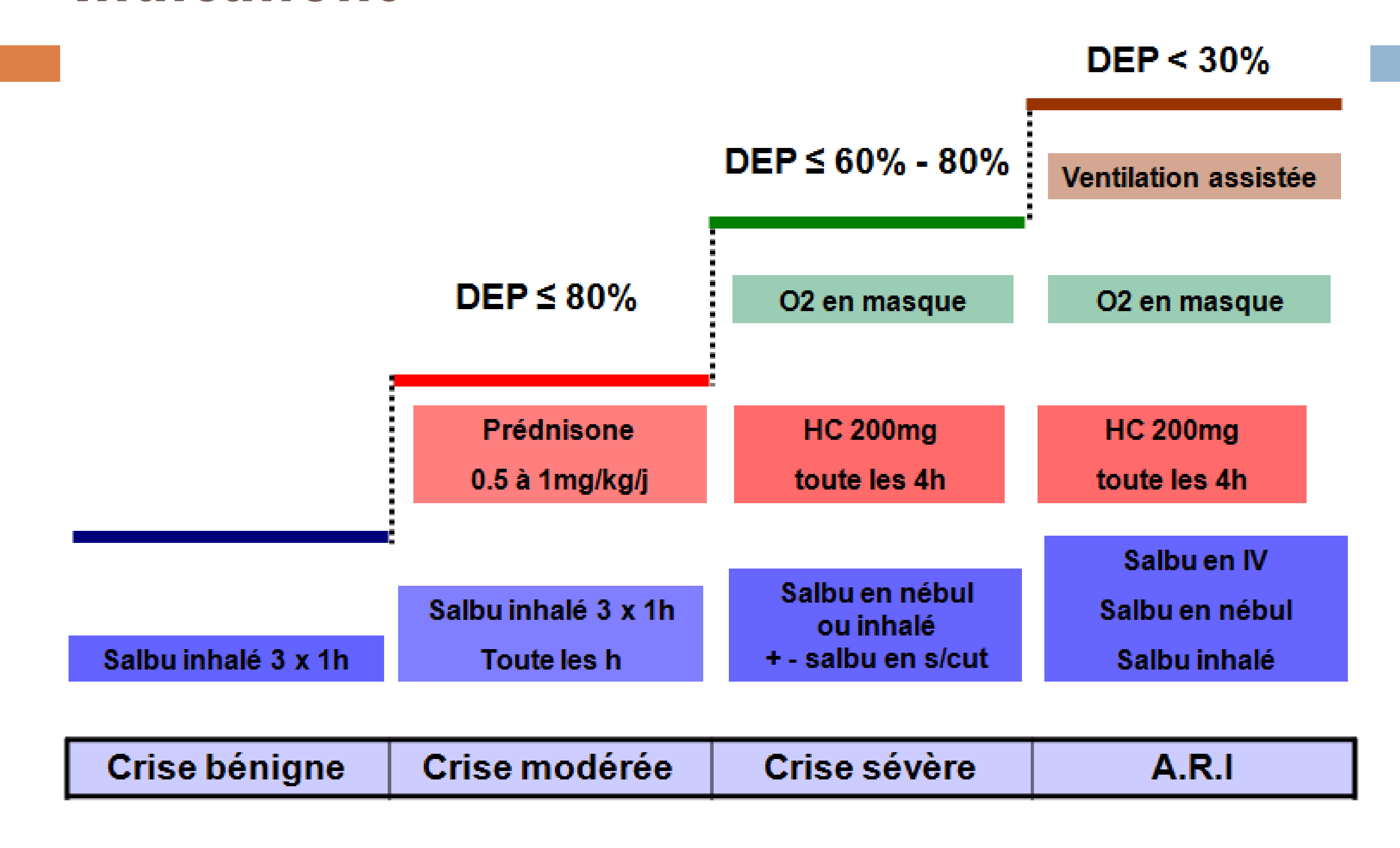
But :

1) Prévenir la mort.
2) Restaurer l'état clinique et fonctionnel à son meilleur niveau.
3) Maintenir la fonction respiratoire optimale.
4) Prévenir la rechute précoce en traitant l'inflammation.

Moyens :

Oxygène	Crise sévère , à fort débit 6l/min
Nébulisation	En utilisant un appareil nébuliseur broncher directement a la source d'O2
β2 mimétique	Avec ou sans chambre d'inhalation, traitement de la crise β2 à CA
Adrénaline	Collapsus , non réponse au β2
Corticoïdes	En IV ou voie orale . Accélère la résolution des crise réfractaire au broncho-dilatateur , par leur action anti-inflammatoire , prévienne la récidive
Théophylline	Effet broncho-dilatateur< β2
Ventilation assistée	Soin intensif

Indications



Algorithme décisionnel

Crise légère

β2 mimétique inhales à action brève généralement par nébulisation une dose toutes les 20 minutes pendant 1 heure (1ml dans 3cc de sérum isotonique) ou en spray ou chambre d'inhalation(8 à 12 bouffés)

répéter l'évaluation de la severite de la crise :

↓

Bonne réponse:
DEP>70%
Examen clinique normal
Oxymétrie>90%

↓

Retour au domicile:
nébulisation
B2 inhales- CTC ?
Éducation patient

↓

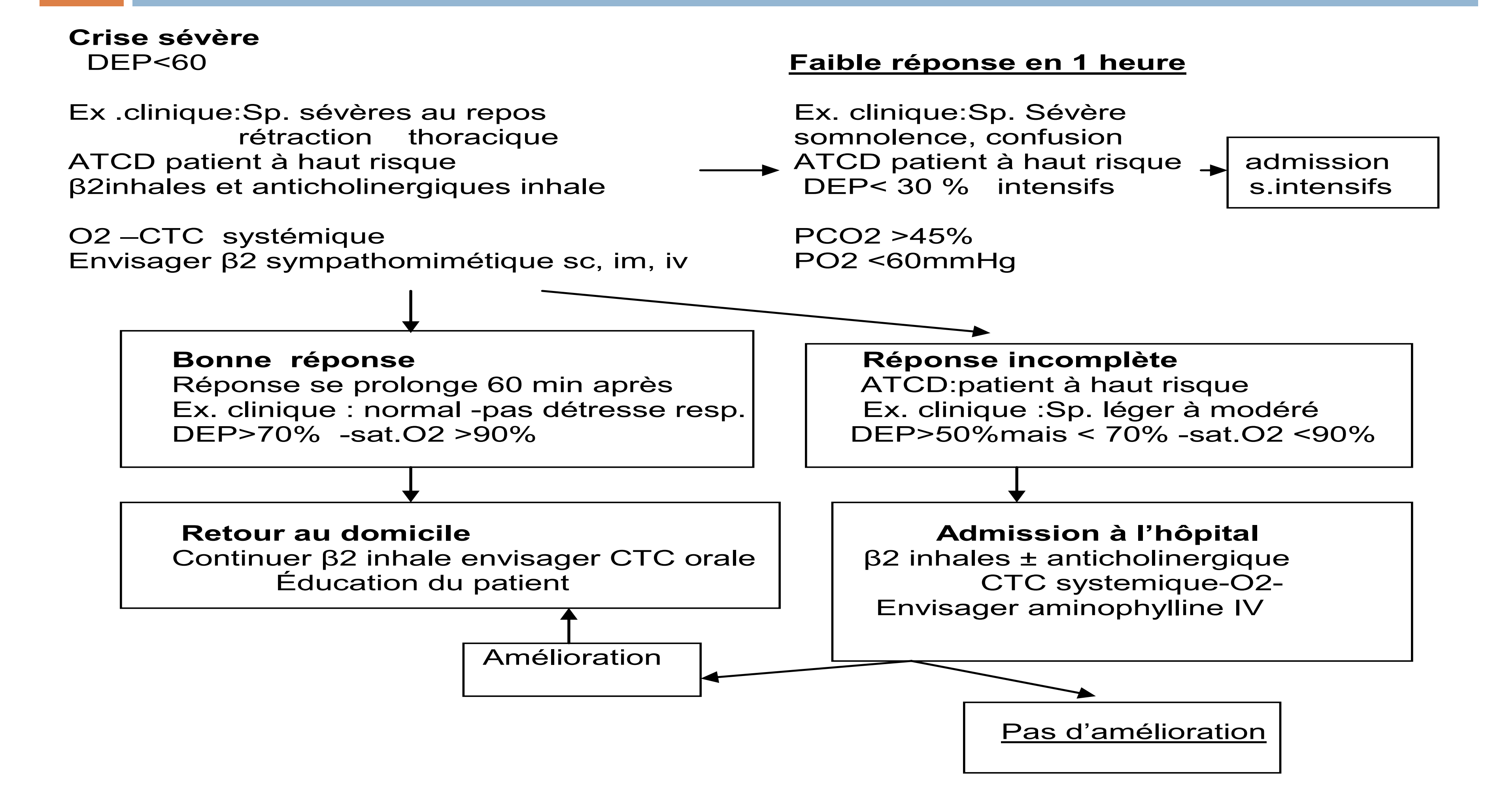
Mauvaise réponse =crise modérée:
DEP 60 à 80 %
examen clinique:Sympt. modères
utilisation muscles accessoires

↓

β2 inhales toutes les heures en nebulisation
envisager CTC

↓ ← **Bonne réponse**

↓ **Mauvaise réponse =crise Sévère**


Crise sévère
DEP<60
Ex .clinique:Sp. sévères au repos
rétraction thoracique
ATCD patient à haut risque
β2inhales et anticholinergiques inhale
O2 –CTC systémique
Envisager β2 sympathomimétique sc, im, iv
Faible réponse en 1 heure
Ex. clinique:Sp. Sévère
somnolence, confusion
ATCD patient à haut risque
DEP< 30 % intensifs
PCO2 >45%
PO2 <60mmHg
admission
s.intensifs
Bonne réponse
Réponse se prolonge 60 min après
Ex. clinique : normal -pas détresse resp.
DEP>70% -sat.O2 >90%
Réponse incomplète
ATCD:patient à haut risque
Ex. clinique :Sp. léger à modéré
DEP>50%mais < 70% -sat.O2 <90%
Retour au domicile
Continuer β2 inhale envisager CTC orale
Éducation du patient
Admission à l'hôpital
β2 inhales ± anticholinergique
CTC systemique-O2-
Envisager aminophylline IV
Amélioration
Pas d'amélioration

6- CONCLUSION :

- La crise d'asthme constitue des accès aigus de la maladie asthmatique
- Elle doit être considérée comme urgence quelque soit sa sévérité
- Sa répétition témoigne d'une PEC incorrecte de l'asthme maladie
- Son traitement est symptomatique + étiologique
- Elle doit constituer une occasion pour rappeler l'importance du traitement de fond de l'asthme maladie d'une part et de l'importance et de la répétition de l'éducation sanitaire de l'asthmatique